FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

# THÈSE

N°.....

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**(DIPLOME UNIVERSITAIRE)**

PRÉSENTÉE PAR

HORACIO POLANCO RODRIGUEZ

Né à Guatemala (République de Guatemala), le 17 Septembre 1902

# L'ALBUMINURIE

## D'ORIGINE SYPHILITIQUE

## CHEZ LA FEMME ENCEINTE

*Président :* M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIERE. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | LŒPER. |
| Hygiène | N. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | CARNOT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | RRANCA. |
| Hydrologie, thérapeutique et climatologie | M. VILLARET. |
| Clinique de la tuberculose | L. BERNARD |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI | Pathologie médicale |
| ALAJOUANINE | Neurologie et psychiatrie. |
| AUBERTIN | Pathologie médicale |
| BASSET | Pathologie chirurgicale |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BROCQ | Pathologie chirurgicale. |
| BRULÉ | Pathologie médicale. |
| CADENAT | Pathologie chirurgicale |
| CHABROL | Pathologie médicale. |
| CHIRAY | Pathologie médicale |
| CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ | Hygiène. |
| DOGNON | Physique. |
| DONZELOT | Pathologie médicale. |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ÉCALLE | Obstétrique. |
| FIESSINGER | Pathologie médicale. |
| GARNIER | Pathologie expérimentale. |
| GATELLIER | Pathologie chirurgicale. |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| HUTINEL | Pathologie médicale. |
| JOYEUX | Parasitologie. |
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngie. |
| LÉVY SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale. |
| LEROUX | Anatomie pathologique. |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE | Pathologie chirurgicale. |
| MULON | Histologie. |
| PHILIBERT | Bactériologie. |
| QUÉNU | Pathologie chirurgicale. |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| SÉZARY | Dermatologie et syphiligraphie. |
| VALLERY-RADOT (Pasteur) | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL | Obstétrique |
| VELTER | Ophtalmolcgie. |
| VERNE | Histologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| BUSQUET | Pharmacologie. |
| GUÉNIOT | Obstétrique. |
| LEQUEUX | Parasitologie. |
| NEVEU-LEMAIRE | Obstétrique. |
| RETTERER | Histologie |
| TANON | Pathologie médicale. |
| ZIMMERN | Physique. |

72194

## IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | | MM | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | Clinique chirurgicale. | LÉRI | Clinique médicale. |
| AUVRAY | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU | Clinique chirurgicale. | PROUST | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale. | SCHWARTZ | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER | Clinique obstétricale. | GOUGEROT | Clinique médicale. |
| LEREBOULLET | Clinique médicale infantile. | | |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT | Éducation physique. |
| LEDOUX-LEBARD | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE G. Alfonso POLANCO

A MA MÈRE Rosario R. de POLANCO

*Tendrement aimés,*
*Ce faible témoignage de ma profonde affection et de mon grand amour filial.*

A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET TANTES

Elfego J. POLANCO et Juana L. de POLANCO

Alfredo RODRIGUEZ et Jesus S. de RODRIGUEZ

*Humble gage de ma profonde affection.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

M. le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur des Hopitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, m'a aidé de ses précieux conseils et m'a donné tant de preuves de sa bienveillante bonté.*

A MES MAITRES

M. le Professeur ROUVIÈRE

M. le Docteur MACÉ

A M. le Docteur SAUPHAR

*Hommage de profonde gratitude.*

A M. le Docteur SÉGUY

Chef de clinique a la Faculté de Médecine
de Paris
Ancien interne des hopitaux de Paris

*En témoignage de ma reconnaissance.*

A MON CHER AMI LE DOCTEUR C. BONS

*En témoignage de profonde sympathie.*

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS
ET DES HOPITAUX DE PARIS

# Introduction

Au cours d'une année passée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître M. le Dr Devraigne qui nous a accordé sa confiance, ce dont nous lui sommes très reconnaissants, nous avons observé quelques cas d'albuminurie syphilitique chez la femme enceinte dont la forme est peu connue et pas aussi rare qu'on semble le croire. Nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse.

Nous tenons à adresser au début de ce travail, à notre maître, M. le Dr Devraigne, l'expression de notre plus respectueuse et plus sincère reconnaissance pour la bonté avec laquelle il nous a assisté de ses précieux conseils.

## Historique

L'idée que la syphilis puisse être la cause de certaines albuminuries de la gestation ne date pas de longtemps. En 1921, alors que notre maître M. le Dr Devraigne dirigeait la Maternité à l'hôpital de la Charité, il avait observé, avec M. le Docteur Sauphar, un cas d'albuminurie irréductible au régime lacté : instituant un traitement anti syphilitique par le cyanure de mercure, il constata que l'albuminurie disparaissait par ce traitement.

Il est indéniable que plusieurs auteurs avaient constaté ces faits sans savoir au juste de quoi il s'agissait. Nous lisons notamment dans le tome II, du livre de MM. les Professeurs Bar, Brindeau, Chambrelent « dans la Pratique de l'Art des accouchements », un article de M. Chambrelent et Cathala intitulé « Albuminurie gravidique à répétition » où l'on dit ceci : « Nous devons signaler également une variété d'albuminurie bien étudiée par Vinay, Fochier, Fabre, Escher sous le nom d'albuminurie gravidique à répétition ».

« Dans ce cas, les femmes ne présentent pas d'albuminurie dans les intervalles de la grossesse, leur

santé est généralement satisfaisante, mais, à chaque grossesse le plus souvent dans le quatrième mois, l'albumine apparaît dans les urines, cette albuminurie peu abondante ne cède pas au régime lacté, au bout d'un temps variable, le fœtus meurt, sans que l'albuminurie disparaisse il est expulsé quelques semaines après en état de macération plus ou moins avancé dès que l'utérus est vide, les urines redeviennent normales. Le placenta présente des altérations, il est aplati et dur, on y trouve des noyaux gris multiples. Au microscope il existe des lésions marquées de la caduque. La pathogénie de cette variété d'albuminurie est peu connue, Fabre et Escher en font une maladie d'origine déciduale. Le traitement consiste principalement à surveiller attentivement la grossesse et quand le fœtus est viable, à provoquer l'accouchement pour avoir un enfant vivant. Fochier a obtenu ainsi plusieurs succès ».

Nous croyons plutôt qu'il s'agissait d'albuminurie d'origine syphilitique car à cette époque on ne faisait pas le diagnostic sérologique notons en passant que l'albuminurie dans ces cas anciens résistait au régime lacté.

A la Société d'obstétrique et gynécologie de Nancy, M. le Pr Fruhinsholz présenta l'observation d'une femme sur qui on pouvait soupçonner l'hérédo-syphilis avec sérologie négative qui fit plusieurs avortements de suite avec albuminurie. A la suite d'un traitement anti spécifique, elle mena une grossesse près du terme et accoucha d'un enfant vivant,

non sans avoir présenté auparavant quelques crises d'éclampsie.

MM. les Docteurs Garipuy et Bonhoure (de Toulouse) ont présenté un cas tout à fait typique, d'albuminurie chez la femme enceinte et spécifique et où le traitement antisyphilitique fit merveille.

Le Dr Faugère, dans la séance du 1er décembre 1925 à la Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux présente une malade qui avait fait des crises d'éclampsie et en même temps était une spécifique.

Les Docteurs Marc Rivière, Unberto Spallanza, Péry signalent des cas de femmes albuminuriques et syphilitiques chez qui la cure mercurielle ou arsenicale avait donné d'excellents résultats.

Dans la thèse excellente que soutint M. Pierre Vernier, élève du Professeur Couvelaire et du Docteur Marcel Pinard, en 1927, sur « la part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation » nous lisons des observations tont à fait concluantes et entre autres celles-ci :

*Observation 3.* — Mme B... Joséphine, 40 ans, antécédents héréditaires, sans importance.

Antécédents personnels, née à terme, réglée à 15 ans, kératite interstitielle vers 15 ans, forte surdité depuis l'âge de 16 ans. Primipare, gestation bien évoluée ou normalement, jusqu'à 7 mois. A cette époque, enflure des jambes, gros œdème, céphalée, crampes épigastriques, épistaxis, mais sans troubles

oculaires, nuage d'albumine dans les urines, tension artérielle 21 11 (Pachon) admise au dortoir, régime hydrique déchloruré, quelques jours après tension artérielle 19 1/2 10 1/2, urée sanguine 0,37 réaction de Hecht 1/2 3/4; elle accoucha, spontanément au huitième de sa gestation, d'un enfant vivant, pesant 2.770 gr. avec placenta de 450 gr. d'apparence normale, pas de signe apparent de hérédosyphilis il est traité par des frictions mercurielles, procréateur, 37 ans, très bien portant.

Cette autre observation, empruntée de la même thèse de Vernier, est aussi démonstrative.

*Observation* IV. — Mme H. Bérengère, 23 ans. Observation n° 264 (1927).

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant (66 ans), mère bien portante (60 ans), 5 collatéraux dont une sœur morte à 2 ans de cause inconnue, un frère tué à la guerre, 3 frères bien portants.

*Antécédents personnels.* — Née à terme. A marché normalement et, dans l'enfance, n'a présenté qu'une rougeole, des angines et des rhumes. Réglée à 14 ans. Elle aurait travaillé 6 mois dans le plomb, sans observer d'accidents de saturnisme. Après son mariage n'a rien observé d'anormal, pas d'éruption, quelques rares céphalées.

Primipare, dernières règles : 8 juin 1926.

Dans les premier mois de sa gestation, elle aurait eu des vomissements et, le 18 décembre alla consul-

ter à la Maternité de Port-Royal, pour de l'œdème des membres inférieurs. L'examen des urines révèle une forte proportion d'albumine, elle présentait, de plus, de violentes douleurs gastriques. Malgré le régime lacté, l'albuminurie persista et, le 12 janvier 1917 fut hospitalisée à l'hôpital Cochin, dans le service du Professeur Widal. A son entrée, albuminurie de 6 grammes par litre.

Mise au régime lacté intégral, l'albuminurie diminua légèrement, elle était de 3 grammes par litre le 15 janvier ; à cette date, l'examen du culot de centrifugation des urines montrait la présence de nombreuses cellules de cylindres hyalins et granuleux et de globules blancs. Réfractométrie : 48,4, 57,8 de N. a. Cl par litre. Urée sanguine : 0,47. Constante d'Ambard : 0,10, l'analyse sérologique donne un résultat totalement positif par la méthode de Wassermann et la méthode de Hecht.

La malade, les jours suivants, présente une albuminurie qui varie de 3 gr. à 4 gr. 50 ; régime hydrique (eau lactosée), puis mise au régime sans sel, avec kéfir, le 24 janvier un traitement anti-syphilitique est commencé à la dose de 0,15 de 914. Les jours suivants, l'albuminurie reste à 5 gr. 50, 5 gr. et 5 gr. par litre.

Le 27 janvier, injection de 0,30 de 914. L'albuminurie est de 650. La femme est mise au régime avec légumes verts, confitures et 1 litre de lait.

Le 29 janvier, urée sanguine : 0,38. Constante d'Ambard : 0.13.

Le 31 janvier, on fait une piqûre de iodo-bismuthate de quinine.

Le 1er février, piqûre de 0.45 de 914.

Ce jour, la femme, qui est enceinte de 7 mois, présente les premières douleurs de l'accouchement et, le soir, accouche spontanément d'un enfant vivant, pesant 1.350 grammes, d'apparence débile, avec gros foie.

Le placenta pesait 380 grammes ; sur le bord placentaire, il existe de nombreux infarctus au moment de l'accouchement, T. A., 15/10 (Vaquez).

L'albuminurie diminue dans les jours qui suivent et le taux des urines se releva.

Le 5 février, 1 gramme d'albumine et 2 litres urine ; cette quantité d'albumine diminua encore dans les jours qui suivirent et, le 20 février, l'albuminurie était de 0 gr. 75.

Le procréateur, âgé de 28 ans, serait bien portant, il ne présente aucun signe de syphilis, acquis ou héréditaire. Sa sérologie est négative par la méthode de Hecht.

Nous ne pouvons reproduire ici toutes les observations rapportées dans sa thèse par Vernier, qui a traité le sujet d'une façon remarquable.

Nous prétendons simplement ici appuyer et renforcer si possible les idées originales qu'a émises cet auteur.

A l'étranger, citons quelques auteurs qui se sont occupés particulièrement des albuminuries gravidiques syphilitiques.

Le Docteur Adams de Londres (dans le *British Med. Journ.*, 1er mai 1920) a publié un article qui s'intitule « Syphilis auténale et Postnatale ».

En Allemagne, les docteurs Neugartnen et Martin.

A Copenhague, le Professeur S. A. Gammeltoft et en Argentine, à Buenos-Ayres, le docteur Tristan S. Gonzalez ont présenté des observations de femmes syphilitiques qui, au cours de gestations, faisaient des albuminuries.

## CHAPITRE I

# L'Albuminurie Gravidique

(Nous ne ferons dans ce chapitre qu'une description très sommaire de l'albuminurie gravidique).

Il est très fréquent d'observer au cours de la gestation une albuminurie apparaître.

En effet, les statistiques officielles donnent à peu près une albuminurique sur vingt grossesses et trois fois plus fréquente chez la primipare que chez la multipare.

Les diverses idées émises pour expliquer son étiologie sont si nombreuses que nous ne retiendrons ici que celles qui prédominent actuellement : M. le Professeur Pinard considère l'albuminurie gravidique comme une autointoxication, une hépatoximie, le foie ne pouvant plus neutraliser les toxines qui se forment au niveau du tube digestif, favorisée par la constipation, il en résulte un trouble dans l'émonctoire rénal qui se traduit par une albuminurie.

Un des principaux caractères de l'albuminurie gravidique est son polimorphisme clinique.

Ce sont en général des malades qui, après un certain temps, et surtout si elles ne sont pas traitées, font de l'hypertension qu'une azotémie peut compliquer précocement, d'où la nécessité de faire à ces malades une constante uro-sécrétoire d'Ambard, ou bien elles font un syndrome d'hypertension artérielle avec rétention chlorurée.

Pour schématiser, nous diviserons ces albuminuries en deux groupes :

1°) Un premier groupe, les albuminuries légères. Chez certaines femmes, on voit, pour une raison quelconque, une albuminurie apparaître dans les premiers mois de la gestation, quelquefois plus tard, dont elles guérissent facilement sans laisser de traces avec un régime lacté.

2°) Dans un second groupe : les albuminuries graves. Malades qui font une albuminurie à taux élevé et qui résiste quelquefois au régime lacté. Dans ce cas, une complication vient souvent assombrir le pronostic. Parmi ces complications, nous mentionnerons particulièrement le gros œdème, l'hypertension artérielle, l'hypertension des artères cérébrales, causes de violentes céphalées, l'apoplexie utéro-placentaire bien décrite par le Professeur Couvelaire (ancien décollement du placenta normalement incéré par hématome rétro-placentaire). Enfin, l'éclampsie qui est souvent l'aboutissant fréquent de toute albuminurie méconnue.

Tous ces accidents peuvent être le plus souvent évités par l'emploi judicieux du régime lacté, sur lequel insistait depuis longtemps Tarnier, dont la célèbre loi qui porte son nom et dit : « Toute femme qui, pendant la grossesse, fera huit jours de régime lacté absolu, ne fera pas d'éclampsie ».

Mais plusieurs médecins observèrent que, même en appliquant la diète dans toute sa rigueur, on ne prévenait pas toujours l'éclampsie ou une des complications quelconques de l'albuminurie.

Il y a, en effet, des observations indiscutables qui ont montré que, malgré la mise de la malade, un régime lacté strict, et comme l'a réclamé M. le Professeur Pinard sous la surveillance d'une garde à domicile ou dans une maison de santé pour éviter toute fraude, l'albuminurie non seulement persistait, mais encore dans certains cas augmentait.

Etant donné la fréquence de la syphilis, on en est venu à penser qu'elle était peut-être la cause mystérieuse de ces albuminuries tenaces et on se mit à la rechercher systématiquement.

Cette idée a été bien mise en relief par les Docteurs Marcel Pinard et Pierre Vernier, élèves du Professeur Couvelaire, à la Société Médicale des hôpitaux, qui disaient (Sciences du 4 mars) :

« On a trop tendance à expliquer certaines gestations malheureuses, par une albuminurie concomitante, provoquée par la gestation elle-même ; sans chercher plus loin, la syphilis peut être à la base de ces albuminuries » et ils continuent après avoir cité

une observation « la notion d'albuminurie essentielle provoquée par la gestation suffit tellement à contenter médecins et accoucheurs, que ce n'est qu'à la 5e gestation, en présence d'un macéré, que l'on pense à un examen sérologique ». La syphilis acquise ou héréditaire peut prédisposer par une débilité rénale fréquente à l'albuminurie gravidique et il faut que ces faits soient connus car la thérapeutique ne peut être efficace que si elle est institue sur des individus jeunes. L'albuminurie essentielle de la gestation doit donc être démantelée ».

## CHAPITRE II

# L'Albuminurie d'Origine Syphilitique chez la Femme Enceinte

Le polymorphisme clinique de l'albuminurie de la femme enceinte sur lequel nous venons d'insister nous a incité à rechercher systématiquement la syphilis comme cause susceptible de provoquer ces albuminuries.

La répétition des avortements, ou accouchements prématurés avec enfants morts et macérés devait actuellement amener les cliniciens à cette hypothèse.

Cette recherche, dans certains cas, est très facile. On trouve des antécédents syphilitiques indiscutables, soit du côté de la femme, soit du côté du mari, les réactions sérologiques sont positives, le diagnostic des syphilis s'impose. Il s'agit, presque toujours, dans ces cas, de syphilis acquises.

Mais il y a d'autres cas où la recherche de la syphilis devient extrêmement délicate, soit parce que

les symptômes ont été très atténués et méconnus de la malade, soit parce qu'il s'agit d'hérédo-syphilis plus ou moins larvée.

C'est dans ces cas qu'il faut savoir se passer de réactions sérologiques qui, le plus souvent, sont négatives ou atténuées et savoir porter le diagnostic de syphilis en étudiant très soigneusement les antécédents héréditaires, familiaux, collatéraux, ou personnels de la malade.

Comme tous les diagnostics rétrospectifs, ce diagnostic est fort délicat et nous voulons insister particulièrement sur l'importance de l'histoire des accouchements antérieurs, chez les multigestes qui réalisent, en effet, un véritable test obstétrical de la syphilis latente, qui est particulièrement sensible.

C'est la recherche des avortements à répétition, des accouchements prématurés inexpliqués, surtout des cas de rétentions fœtales, qui permettront de penser, à juste titre, à la syphilis sous roche. Nous ne ferons que rappeler ici l'importance, pour ce diagnostic rétrospectif, de grossesses anormales, avec hydroamnios par exemple, de monstruosités, ou de malformations fœtales, des morts précoces et inexpliquées d'enfants nés vivants et enfin des hypertrophies placentaires anormales.

En conclusion, pour la plupart de ces cas, on n'arrivera pas, le plus souvent, à trouver une preuve irréfutable de la syphilis, mais il faudra savoir porter le diagnostic de syphilis et instituer le traitement sur de simples présomptions.

De l'étude des observations publiées, il semble que l'on puisse schématiser de la façon suivante l'étude de l'albuminurie syphilitique.

*Groupe A.* — Dans certains cas, il s'agit de femmes reconnues syphilitiques avant leur grossesse qui, parfois, avaient même présenté auparavant une néphrite spécifique. Si le traitement chez ces femmes a été insuffisant, il est assez fréquent de voir le taux de l'albuminurie préexistante s'accuser au début de la gestation ou de voir l'albuminurie qui semblait guérie, réapparaître, comme si la grossesse jouait un véritable rôle de réactivation sur la néphrite latente ou en voie de guérison.

Dans d'autres cas, le diagnostic de la syphilis n'est fait qu'au cours de la gestation, en présence d'une albuminurie précoce et massive. Mais ce diagnostic est évident, parce qu'on retrouve aisément dans les antécédents de la malade des stigmates de syphilis indiscutables et des réactions sérologiques nettement positives.

Dans ces cas, l'albuminurie a des caractères communs ; elle est de taux très élevé et d'apparition précoce ; souvent même, comme nous l'avons déjà signalé, elle préexiste à la gestation. Dans ce cas, l'étiologie syphilitique de l'albuminurie constatée est certaine. Le traitement n'en est pas discuté. A côté du régime diététique bien connu depuis Tarnier, il faut instituer d'urgence un traitement antisyphilitique sur lequel nous donnerons plus loin des précisions.

*Groupe B.* — Dans un second groupe de faits, l'étiologie syphilitique est moins certaine, il s'agit, dans ce cas, de femmes qui, vers le milieu de leur gestation, parfois dans les trois derniers mois, ont de l'albumine dans leurs urines. Cette albuminurie, d'abord d'un taux discret, est le plus souvent étiquetée : albuminurie gravidique. Mais on est souvent surpris, dans ces cas, malgré une diététique sévère de voir l'albuminurie restée au même taux et parfois même augmenter de quantité. C'est devant la persistance anormale de cette albuminurie qu'il faut savoir penser à l'origine syphilitique et la rechercher soigneusement. Mais il ne faut pas compter trouver dans ces cas des stigmates nets de syphilis et surtout attacher une importance exagérée aux réactions sérologiques que l'on sait être trop souvent négatives au cours de la gestation, alors même que la syphilis est certaine. C'est surtout en instituant un traitement antisyphilitique prudent et doux pour tâter la susceptibilité du sujet, qu'on arrivera le plus souvent à prouver l'origine syphilitique, souvent cachée.

En effet, lorsque sous l'action d'un traitement antisyphilitique bien conduit on voit baisser le taux de l'albumine jusque là rebelle au traitement diététique habituel, la preuve de l'étiologie syphilique nous semble alors faite.

On a été plus loin et, en présence de certaine albuminurie gravidique d'apparence banale, certains auteurs ont pensé qu'il pouvait s'agir de lé-

sions rénales discrètes, mises en évidence par la gestation et en rapport avec une syphilis très ancienne et ignorée.

Déjà à la conférence internationale de la syphilis héréditaire (Paris, octobre 1925), M. le Professeur Hutinel avait démontré que la syphilis explique certaines lésions scléreuses du foie, de la rate, du pancréas, de la peau, des organes digestifs et des reins, dont l'origine remonte à la petite enfance. Dans le cas où les reins sont touchés par une lésion scléreuse, cette lésion peut rester latente et parfois guérir, mais souvent, à l'occasion d'une grossesse elle se réveille, car la grossesse constitue une occasion des choix révélatrice, des lésions congénitales syphilitiques des premières et deuxièmes générations et en se réveillant cette lésion rénale peut produire une albuminurie dont on ignore souvent la véritable étiologie.

Nous venons de décrire successivement ce que l'on a l'habitude d'appeler l'albuminurie gravidique simple et ce que nous avons essayé de grouper sous le nom d'albuminurie syphilitique, mais notre intention n'est nullement de les opposer, comme nous avons essayé de le montrer dans la dernière partie de ce travail, l'origine syphilitique d'une albuminurie est parfois si cachée, si discrète, que le départ entre ce qui pourrait revenir à la syphilis et ce qui semble du domaine purement gravidique est bien souvent impossible.

Ce qui semble devoir être admis ce sont les faits suivants :

1°) Lorsqu'on trouve chez une femme enceinte une albuminurie de taux peu élevé apparaissant tardivement vers la fin de la grossesse, chez une primipare.

Lorsque cette albuminurie ne s'accompagne d'aucun autre symptôme d'insuffisance rénale ou hépatique (hypertension, azotémie, chlorurémie). Lorsque cette albuminurie cède totalement ou partiellement au régime lacté, en tous cas si elle disparaît vers la fin de la gestation, il nous semble logique d'admettre dans ce cas une origine gravidique banale (Toxémie gravidique de Pinard).

2°) Lorsqu'au contraire on se trouve en présence d'une albuminurie massive, découverte précocement au début de la gestation (en absence naturellement de toute grossesse anormale, par exemple mollaire) survenant en particulier chez une multipare et s'accompagnant d'un syndrome complexe de déficience rénale (hypertension, azotémie, chlorurémie) nous croyons logique de toujours penser alors à la syphilis.

En effet, il s'agit alors d'une véritable néphrite chronique et nous savons la grande place que tient la syphilis dans ces néphrites chroniques survenant, chez les femmes jeunes. En l'absence de toute preuve irréfutable, nous insistons sur l'intérêt de faire un traitement antisyphilitique sur de simples présomptions.

Avant de finir, nous voulons insister sur deux points particulièrement intéressants pour les dépistages de la syphilis chez la femme enceinte et présentant de l'albumine :

A. L'interrogatoire et pour cela, chercher les antécédents de la malade, antécédents aussi bien héréditaires, personnels que collatéraux, si besoin est, examiner le mari et c'est dans les antécédents que l'on trouvera souvent la clef de l'énigme, car comme nous disions antérieurement, il s'agit fréquemment des hérédo-syphilitiques ou même des hérédo-seconds.

B. Faire à toute malade où l'étiologie de l'albuminurie et obscure les réaction sérologiques que l'on croit nécessaires : Bordet-Wassermann, Hecht, Demoulières. Ainsi conduit, l'examen d'une albuminurique, nous croyons que beaucoup d'albuminuries étiquetées jusqu'à présent gravidiques rentreraient dans son véritable cadre, c'est-à-dire la syphilis.

# Observations

## OBSERVATION I

*Observation inédite, due à l'obligeance de notre Maître M. le Dr Devraigne*

Mme L..., secondipare, 30 ans, mariée le 31 mars 1921 ; le 29 juin 1921, fausse couche de 2 mois, causes ignorées, spontanée, température 40°, pouls 160, curettage fait par chirurgien ; mi-novembre léger lumbago, un médecin prescrit le repos et demande une analyse d'urine, qui montre traces d'albumine. Dernières règles 10 à 16 décembre 1921, M. le Dr Devraigne la voit vers le 20 janvier 1922, diagnostic grossesse ; au début, état général satisfaisant, malgré les traces d'albumine. Cette constatation lui fait prescrire un régime alimentaire peu toxique et peu chloruré. Fin avril, grippe après refroidissement ; repos quinze jours au lit, régime alimentaire sévère du fait d'une crise d'entérite. Au début de mai, la femme se lève un matin se sentant très bien, mais vomit immédiatement son petit déjeuner ; ressent ensuite une grande lassitude et a des nausées, le malaise augmente, céphalée marquée, pas d'appétit, douleurs lombaires ; après quelques jours de malaises et repos au lit, l'état devient satisfaisant jusqu'à début juin ; le 8 juin, gros œdème des membres inférieurs ; 11 juin, 0 gr. 65 d'albumine. M. le Dr Devraigne prescrit une diète de 24 heures et régime lacté absolu de 8 jours ; 18 juin, 0 gr. 15 d'albumine ; la femme

est mise au régime végétarien déchloruré et malgré cela le 25 juin 1 gr. 50 d'albumine.

Régime lacté exclusif. M. le Dr Devraigne pensait faire une saignée, lorsque le 27 juin il n'y avait plus que 0,65 d'albumine, 0,42 le 28 juin et 0,39 le 29 juin.

Le 4 juillet, malgré un régime lacté exclusif, à nouveau la femme présente un gros œdème des membres inférieurs ; le 8 juillet des vomissements et le 9 juillet, à la suite d'un léger refroidissement, une nouvelle crise d'entérite. L'analyse d'urine révèle 4 gr. 50 d'albumine ; une purgation énergique amène l'évacuation sans selles abondantes, diète lacto-hydrique ; le 12 juillet, transpiration abondante non provoquée, céphalée, nuit agitée, 1 gr. 50 d'albumine ; le 13 juillet, vomissements fréquents, diète hydrique, céphalée violente, 1 gr. 50 d'albumine ; le 14 juillet, lavements purgatifs du Codex, vomissements et selles fréquentes; le Dr Paul Descomps voit la malade, trouve tension artérielle ; le 17-11, 7 gr. d'albumine et prescrit jus de fruits glacé ; le 15 juillet, 2 gr. 50 d'albumine, recueillis dans les urines de la miction de 16 heures. Le 17 juillet, céphalée ; la femme boit peu et avec dégoût. Albumine 2 gr. 25 ; urine, 500 gr. Le 18 juillet, malgré diététique sévère, 4 gr. 25 d'albumine ; température et pouls normaux ; le 19 juillet, tension artérielle 16/11, facies vultueux, céphalée, barre gastrique, 650 gr. d'urine, 3 gr. 75 d'albumine, prise de sang pour Wassermann qui se montre positif ; le 20 juillet 500 gr. de sérum glucosé, goutte à goutte rectale ; la femme a pu boire 900 gr. de liquide, jus de fruits, eau d'Evian, etc...

La recherche des antécédents personnels et héréditaires spécifiques, tant du côté du mari que de la femme, ne révèle rien de précis ; à 20 h., fortes nausées, vomissements, barre épigastrique de Chaussier. M. le Dr Devraigne pratique une saignée qui ne donne que 200 gr. Tension artérielle 15-10 1/2. M. le Dr Descomps fait une *première piqûre* cyanure de mercu-

re : urine 600 gr., 6 gr. 75 d'albumine.. Vendredi 1 litre de sérum rectal sucré, glucosé et 500 cmc. du même sous-cutané, légère amélioration ; la femme boit très peu. On ne sent pas les mouvements du fœtus, auscultation négative, tension artérielle 14-10 1/2, boit très peu ; *deuxième piqûre*, cyanure de mercure, 1 cent., 200 gr. d'urine, albumine 6 gr. 75 ; le 22, meilleur état général, 1 litre et demi sérum glucosé sous-cutané, 500 gr. d'urine, 0 gr. 50 d'albumine. *Troisième piqûre*, cyanure de mercure 1 centigr.

Le Dr Demelin confirme le diagnostic de mort du fœtus et conseille d'attendre, comme l'avait dit M. le Dr Devraigne, l'évacuation spontanée de l'utérus. Le 23, état stationnaire, 1 litre et demi de sérum en plus, un peu de boisson prise par la bouche, urine 500 gr., albumine indosable. Le 24 juillet, malade très faible, découragée, crise de larmes et sensation d'étouffement, le Docteur Descomps prescrit 10 cmc. d'huile camphrée matin et soir, 15 gouttes de digitale et une potion antispasmodique. On fait une *quatrième piqûre* de cyanure de mercure, toujours la même dose, albumine, trace, urine 500 gr. ; le 25, grande amélioration état général, réalimentation progressive, grande nervosité le soir, pour laquelle on fait une piqûre de sédol, traces d'albumine ; le 26, état stationnaire, pas d'huile camphrée ; le 27, état stationnaire, mais très satisfaisant. 1.100 gr. d'urine et albumine traces ; la femme sent de l'appétit, mange 25 gr. de tournedos ; le 28, même état, la constatation de 0 gr. 50 d'albumine entraîne la suppression de la viande. M. le Dr Devraigne a l'impression d'un début de travail ; le 29, 1.400 gr. d'urine, 0 gr. 50 d'albumine ; le 30, raideur de la nuque, violente céphalée toute la journée, la malade se sentant de l'appétit, on lui autorise une aile de poulet ; douleurs utérines à 23 h. 1/2, effacement du col, douleurs régulières toutes les 7 minutes ; 1.350 gr. d'urine, 0 gr. 30 d'albumine. Le 31, à 3 heures du matin, dilatation 50 centimes ; à 4 heures, douleurs plus violentes ;

à 4 h. 45, M. le Dr Devraigne, appelé, reçoit un enfant du sexe féminin, mort et macéré, pesant 1.160 gr. ; 10 minutes après, délivrance naturelle et complète, placenta 245 gr., n'ayant pas l'aspect des placentas spécifiques et ne présentant pas d'infarctus, rétention de la caduque, bon état général de la malade, 1.350 gr. d'urine, 1 gr. d'albumine.

Le 1er août 0 gr. 25 d'albumine ; les suites de couches très simples, la femme a des lochies peu abondantes jusqu'au 8 août, et puis jusqu'au 14 août, lochies grisâtres et fétides, peu abondantes, grande lassitude, la femme n'a jamais présenté de température, reprise progressive d'alimentation, l'albumine variant entre 0 gr. 10 et 0 gr. 25.

---

## OBSERVATION II

*Observation n° 227 (1928) Hôpital Laribosière (Inédite)*

Mme B..., Marie-Louise, 38 ans.

Antécédents héréditaires. — Père décédé de cause inconnue.

Mère décédée au cours d'une grossesse gémellaire à 43 ans. 3 collatéraux décédés de bacillose. 2 collatéraux vivants, bien portants.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 10 ans, règles régulières, abondance variable ; durée 3 à 4 jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole.

Antécédents obstétricaux :

I. — *Grossesse.* — En 1909, accouchement à 8 mois et demi, d'un enfant mort depuis 3 jours, suites de couches normales.

II. — *Grossesse 1910.* — Avortement de 4 mois environ. Suites de couches normales.

III. — *Grossesse 1913.* — Accouchement à terme d'un enfant vivant actuellement bien portant.

IV. — *Grossesse.* — Gestation actuelle, de procréateur différent.

La femme vient consulter à Lariboisère, le 1er février, pour des troubles oculaires. On constate, après examen d'urines, la présence d'albumine ; à cette date, on prescrit le régime lacté absolu.

Le 3 janvier, on avait fait une prise de sang qui montra un Wassermann positif et deux piqûres de cyanure de mercure dans l'espace de 3 semaines.

Le 6 février, la femme perdant les eaux à 12 h. 30 et des douleurs ayant apparu, vient consulter de nouveau à Lariboisière ; elle est admise au dortoir avec le diagnostic suivant :

Grossesse de 8 mois environ, tête mobile qui tend à se fixer, dos à gauche, fœtus vivant, col en voie d'effacement perméable, membranes rompues, urines albumineuses.

Tension artérielle 20 1/2/11 (au Pachon), troubles oculaires depuis le 1er février. Régime lacté. Lavement purgatif. 2 saignées de 500 grammes 19 h. Même tension, pas d'œdème.

Le 8 février : bruits du cœur perçus.

Le 9 février : bruits du cœur perçus.

Le 10 février : bruits du cœur non perçus.

Tension 20/11 (au Pachon), plus de troubles oculaires.

Le 11 février, à 11 h. : albumine 1 gramme, bruits du cœur non perçus.

A 18 heures : admission à la salle de travail, tête engagée, mal ossifiée, dilatation 2 francs. Membranes rompues depuis le 6 février.

Une heure après extraction d'un enfant mort et macéré, pesant 2.230 grammes.

A 19 h. 30 : Délivrance. Sac membraneux complet. Rétention presque totale de la caduque, placenta présentant des infarctus blancs : périnée intact.

W. = +.

## OBSERVATION III

*Observation n° 326. Hôpital Lariboisière. — Inédite*

Mme V... Joséphine, 30 ans.

Antécédents héréditaires. Père et mère bien portants. 9 collatéraux bien portants, dont un frère atteint de méningite (?) à l'âge de deux ans, est décédé à 16 ans après un séjour dans un asile.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 14 ans, régulières.

Antécédent pathologiques. — A 19 ans, ulcère variqueux à la jambe droite, cicatrice après trois ans d'un traitement uniquement externe.

Antécédents obstétricaux.

III Gestes.

I. — Grossesse. — En 1921, accouchement au terme de 7 mois d'un enfant vivant décédé 18 jours plus tard.

II. — Grossesse. — En 1922, accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

III. — Geste. — Gestation actuelle : dernières règles du 24 au 30 juin 1927. Procréateur, le même que pour les grossesses précédentes. Le Wassermann qui, jusqu'à présent, n'avait pas été pratiqués, est positif au début de la gestation.

Le 29 février, la femme venant consulter, après examen on constate la présence d'albumine dans les urines.

Le 29 février, à 22 h. 15, admission à la salle de travail. Grossesse 7 mois et demi environ, petit siège engagé en D. P. Bruits du cœur : bons. Dilatation : 5 francs. Menbranes rompues. A 22 heures, température 37°4. Urines albumineuses.

Le 1er mars, à 0 h. 15 : accouchement spontané d'une fille vivante pesant 4.500 grammes. Siège complet S. I. D. P.

A 11 h. 35, délivrance naturelle. Membranes complètes. Poids de l'arrière-faix : 350 grammes.

La femme a été mise au régime diète hydrique. Sérum glucosé.

## OBSERVATION III

*Observation n° 213 Hôpital Lariboisière (1928) (Inédite)*

Mme B... Thérèse, âge 26 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants. Le père, bien portant, mère soignée depuis 18 mois pour une cirrhose hépatique avec ascite. Collatéraux : une sœur décédée à 18 ans, de paralysie foudroyante (?).

Antécédents physiologiques. — Réglée à 13 ans. Régulières et abondantes.

Antécédents pathologiques. — Aucuns.

Antécédents obstétricaux. — V^e^ geste.

I. — Accouchement normal à terme, enfant vivant et bien portant âgé actuellement de 5 ans.

II. — Gestation. — Avortement de 4 mois.

III. — Gestation. — Avortement de 5 mois ayant nécessité un curettage et provoqué une embolie.

IV. — Accouchement à terme d'enfant décédé à 4 mois d'une méningite.

V. — Gestation actuelle. — Dernières règles du 25 au 28 avril 1927.

La femme, prise de douleurs, vient à la consultation d'où elle est envoyée à la salle de travail.

Le 9 février, 7 heures. — Admission à la salle de travail.

Sommet engagé, dos à droite. Bruits du cœur : bons. Dilatation 5 francs. Membranes rompues. Urines albumineuses.

A 8 h. 20, accouchement spontané d'une fille vivante pesant 3.220 grammes.

9 h. 5. — Délivrance naturelle. Membranes complètes. Point douteux sur la face interne du placenta. Poids de l'arrière-faix : 610 grammes. Prise de sang faite à la consultation de M. Sauphar. Résultat Wassermann positif.

## OBSERVATION IV

*Observation due à l'obligeance de M. le Dr Funck-Brentano*
*Hôpital Beaujon (Inédite)*

Mme P... Jeanne, âgée de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie à 52 ans ; mère morte de fièvre typhoïde ; 2 frères bien portants.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée.

Antécédents pathologiques. — Congestion pulmonaire en 1927. Mari mort à 50 ans, à la suite d'une congestion cérébrale par affection cardiaque.

Antécédents obstétricaux.

II Gestes.

I. — Accouchement : à terme.

Normal en 1921, mettant au monde jumeaux bien portants.

II. — Accouchement :

Gestation actuelle.

Dernières règles : 4 février 1928.

Procréateur différent que pour la grossesse précédente.

Il y a un mois, la femme consulte un médecin en ville pour un œdème généralisé aux membres inférieurs, membres supérieurs et une douleur dans la région rénale. Le médecin, sans même examiner les urines, prescrit un régime assez large ; la femme, se sentant de plus en plus mal, vient consulter à l'hôpital Beaujon, le 12 octobre 1928.

Le 12 octobre, à 23 h., admission à la salle de travail. Dilatation : 2 francs. Excès de liquide, urines albumineuses.

Le 13 octobre, à 4 h. 45, accouchement naturel 3 semaines avant terme. Difficultés pour le passage des épaules. Fille mort-née pesant 4.080 grammes et présentant gros ventre, gros foie et ascite.

A 5 h. 15, délivrance naturelle. Arrière-faix pesant 1.650.

A l'autopsie du fœtus, on a trouvé le foie complètement farci de tréponèmes.

Bordet-Wassermann. — Positif.

Actuellement est en traitement spécifique : 1 cc. piqûre, 1 cc. cyanure de Hg, 4 jours après, 1 piqûre de 0,15 de novar (914).

4 jours après : 1 piqûre au centimètre 1cc. de cyanure Hg. Nouvelle de 0,30 de novar, etc.

Les œdèmes et albumines ont presque complètement disparu.

---

## OBSERVATION V

*(Inédite)*

Mme R... Julie, 29 ans, Hôpital Lariboisière. Antécédents héréditaires : mère bien portante, 59 ans, atteinte de maladie du cœur depuis 10 ans ; père mort d'albuminurie à 39 ans. Antécédents collatéraux : un frère bien portant, 37 ans ; un autre mort de la rougeole à 1 an. Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance. En 1927, a fait une crise de rhumatismes articulaires, surtout localisée aux deux genoux ; a duré 15 jours ; rien d'autre à signaler.

1re grossesse (actuelle) ; dernières règles du 13 au 16 mars ; le 15 avril va voir le médecin en ville ; se plaint de fatigues générales et de céphalée ; une analyse d'urine montre 0 gr. 50 d'albumine et est mise au régime, purée et pâtes pendant 15 jours ; le 25 avril, analyse d'urine, l'albumine a augmenté ; elle n'est pas dosée ; régime lacté. Le 5 mars, analyse d'urine, 1 gr. 50 d'albumine.

La malade est envoyée au Dr Devraigne. Examen : gestation de deux petits mois. Wassermann positif. La malade est mise au traitement par le cyanure de mercure, dont voici les différentes phases :

Le 16 mai 1928 1 cent. cyanure de mercure intraveineux
» 17 » » » » » » »
» 18 » » » » » » »
» 19 » » » » » » stomatite
» 23 » » » » » » album. o gr. 75
» 25 » » » » » » »
» 26 » » » » » » album. 1 gr. 50
» 29 » » la malade mange de la viande depuis le 27
» 30 » » 1 cent. cyanure de mercure intraveineux
» 31 » » » » » » »
» 1er juin » » » » » »
» 2 » » » » » » »
» 4 » » » » » » album. o gr. 80
5 » » » » » » » »
» 6 » » 1 cent. cyanure de mercure intraveineux
» 7 » » » » » » album. 1 gr.
» 8 » » » » » » » o gr. 40
» 11 » » » » » » » »
» 12 » » » » » » » o gr. 35
» 13 » » » » » » » »
» 14 » » » » » » » »
» 15 » » » » » » » »
» 16 » » » » » » » o gr. 30
» 18 » » » » » » » »
» 19 » » » » » » » »
» 20 » » » » » » » o gr. 20
» 21 » » » » » » » »
» 22 » » » » » » » »
» 23 » » » » » » » »
» 25 » » » » » » » o gr. 25
» 26 » » » » » » » »
» 27 » » » » » » » »
» 28 » » » » » » » »
» 29 » » » » » » » »

| | | |

pendant sa grossesse a consulté sage-femme de ville, qui a trouvé : siège mobile ; l'examen des urines n'a pas été pratiqué. Le samedi 21 janvier, fait une légère hémorragie de sang rouge qui se répète dimanche matin assez abondamment, la malade s'alite, l'hémorragie diminue sans s'arrêter complètement ; le lundi l'hémorragie a à peu près disparu, mais elle inquiète la malade qui décide d'entrer à l'hôpital.

Le 24 janvier 1927, on trouve à l'entrée après examen : sommet mobile, dos à droite, auscultation positive, col fermé, poche des eaux intacte, température 38°, urine albumineuse.

A 17 heures, entre dans la salle de travail pour premières douleurs ; à 22 h., auscultation paraît négative ; à 23 h. 50, dilatation complète, auscultation toujours négative, accouchement naturel d'une fille en état de mort apparente, impossible à ranimer (bains sinapisés, chaud et froid, désobstruction des voies aériennes supérieures, insufflation, injection d'un centimètre cube d'adréaline intracardiaque). Le 25 janvier, à 0 h. 30, fille pesant 1.750 gr., accouchement prématuré, au terme de 7 mois environ, délivrance naturelle, pesant 380 gr., membrane déchirée incomplète (glace), placenta présentant infarctus ancien et un autre récent. Pouls 104, tension artérielle 17-11. Le Wassermann pratiqué s'est présenté très positif.

---

## OBSERVATION VII

*(Inédite) due à l'obligeance de notre Maître M. le Dr Devraigne*

Mme B..., 30 ans, née à terme, poids normal. Antécédents héréditaires : Père a présenté un accident syphilitique à 20 ans, traité pendant 8 ans, marié au bout de ce temps. Décédé à l'âge de 38 ans, d'une angiocholite infectieuse. Mère aurait une très légère dilatation de l'aorte visible à l'orthodiagramme et une légère inégalité pupillaire. Antécédents per-

sonnels : la malade a eu, à l'âge de 8 à 9 ans, réaction méningée peut-être à la suite d'oxyures et d'ascaris, caractérisée par des convulsions, un peu d'amnésie, de la dysarthrie ; et qui a cédé au bout de 24 heures à une purgation.

Premières règles à 12 ans, menstruation régulière durant 3 à 4 jours.

En 1922, première grossesse à 24 ans, normale jusqu'à 6 mois et demi ; à 6 mois et demi, soit le 1er juin 1922, abcès dentaire très douloureux et à la suite de quoi la malade absorbe 7 comprimés d'aspirine en 24 heures, ce qui provoque une polyurie, troubles cardiaques caractérisés par forte tachycardie alternée avec de l'arythmie, fort œdème de la face, des membres, bientôt suivi d'un véritable anasarque. Un médecin consulté, conclut à une insuffisance mitrale congénitale. Le 15 juin, l'enflure du visage et chevilles continue, aucun traitement quel qu'il soit. Le 1er juillet, anasarque complet ; on prescrit régime lacté absolu, et repos au lit pendant 48 heures, ce qui diminue légèrement l'enflure ; après ces 48 heureprise de l'alimentation et de l'activité normale. A ce moment on n'avait pas découvert d'albumine, malgré les analyses répétées ; elle n'apparaît qu'à 7 mois et demi de la grossesse, en même temps qu'une céphalée intense, vomissements. Tension artérielle à 22, l'albumine dans les urines s'élève à 30 grammes par litre. Consulté, un spécialiste prescrit un goutte à goutte rectal, des ventouses scarifiées sur la région lombaire, 1 litre et demi eau bouillie, 1 litre et demi eau Evian lactosée à boire.

24 heures après la diète hydrique, les vomissements et la céphalée disparaissent, tension artérielle est tombée à 17, l'albumine à 12 grammes. Battements du cœur 42 à 48 par minute ; le 22 juillet, tension artérielle à 17, albumine 8 gr. ; le 29 juillet, cœur si fatigué qu'on décide d'intervenir ; transport dans une clinique, accouchement normal à 9 heures du soir d'un enfant vivant, bien constitué, pesant 2 kilos, 8 mois,

placenta normal ; immédiatement après l'accouchement, la tension tombe à 13, l'albumine à 0 gr. 50, le cœur est d'une instabilité extraordinaire (110 coups à la minute ; il vibre plutôt qu'il ne bat). Le 18 août, prise de sang pour une constante d'Ambard qui révèle que la dose d'urée dans le sang est normale (plutôt inférieure à la moyenne), grâce au régime lacté depuis l'accouchement. Durant tout ce temps le nourrissage de l'enfant continue parfaitement. A partir du 20 août, régime déchloruré, mais purées, légumes verts et fruits cuits, ce régime sera maintenu jusqu'au 1er novembre ; le cœur, traité à la digitaline, s'améliore, le nourrissage continue. Le 1er novembre, alimentation normale, bien que peu salée. Le 1er janvier, allaitement consiste en 1 biberon par jour, puis deux, etc...

Le 1er mars, sevrage, qui entraîne disparition complète de l'albumine, cœur redevenu normal, bien qu'instable et fatigué.

Le 1er août (1 an après l'accouchement), tout est rentré dans l'ordre, puisque le médecin permet bains froids, promenades, canotage, etc... et affirme ne voir aucune lésion ni au cœur ni aux reins.

2e grossesse 1926 : normale jusqu'à 6 mois, sans traces d'albumine ; le 1er mars, à cette date, l'enfant cesse de remuer ; le 12 mars, accouchement normal d'un enfant mort, macéré, de poids normal, placenta poids normal, mais grosse hémorragie, interplacentaire. Pouls lent, 56 environ ; 1er avril, visite au Dr Gougerot, qui déclare le cas troublant, prise de sang : Wassermann, Hecht, Demoulières, toutes négatives. Le Dr Gougerot, après le résultat, ordonne piqûres intraveineuses d'arsénobenzol ; ces piqûres n'ont jamais été faites, les deux médecins traitant ayant refusé d'appliquer le traitement de crainte d'un choc aux reins et d'une intoxication ; on y a substitué hectine, hectargyre, sulphydrargyre, en tout 4 douzaines de piqûres dans l'année.

3e *grossesse* : *1928*, sans traces d'albumine. Dernières règles 25 mars ; le 12 mai, traitement au sulphydrargyre, qui ne cesse qu'au 20 juillet ; le 1er septembre, reprise du traitement au sulphydrargyre, constatation que tout est normal par le Dr Devraigne ; le 23 septembre, montée laiteuse, douleur dans les seins ; le 28 septembre, cessation des mouvements de l'enfant ; le fœtus meurt in utero à 6 mois ; l'accouchement se fait normalement en un temps. *Pas d'albumie*. Enfant non macéré, délivrance normale, sans hémorragie.

L'enfant né en 1922, à 8 mois, est actuellement âgé de 6 ans et paraît normal.

CHAPITRE III

## Traitement

Le traitement de l'albuminurie syphilitique chez la femme enceinte est un problème difficile à résoudre, et digne en tous cas au plus haut point de retenir toute l'attention du médecin.

Il faut, en effet, s'adresser à la cause, c'est-à-dire, soigner la syphilis d'une façon intensive, mais aussi se pas oublier que le filtre rénal :

*Premièrement :* est lésé par la syphilis,

*Deuxièmement :* modifié dans son fonctionnement par la grossesse elle-même.

Le problème se pose donc comme particulièrement délicat et nous allons envisager les divers médicaments auxquels on peut s'adresser pour indiquer ensuite nos préférences et les raisons qui les commandent.

Les arsenicaux trivalents représentent actuelle-

ment la médication antispécifique la plus active que nous possédions.

Que l'on ait recours à la voie intraveineuse ou à la voie sous-cutanée ou intramusculaire, les résultats sont sensiblement les mêmes, avec une rapidité d'action un peu plus grande en faveur de la voie intra-veineuse.

Mais les accidents des arsenobeszols sont surtout des accidents congestifs.

Cette congestion peut être générale ou locale et dass ce dernier cas il est à craindre qu'elle ne se produise électivement au niveau d'un rein déjà altéré.

C'est pourquoi tout en reconnaissant la haute valeur thérapeutique des arsenobenzols, préférons-nous ne les employer qu'en second lieu, lorsque la réaction d'Heixheimer sera, à coup sûr, évitée grâce à la pratique antérieure d'une autre médication.

L'hectine est un petit médicament à action lente et qui expose également, dans certains cas, à nombre d'incidents.

Quant à l'acide amiloxyde phénylarsenic, il a une action éritématogène qui oblige à en réduire les doses au détriment de son activité spirillicide.

Si maintenant nous nous adressons aux métaux bismuth ou mercure, nous éliminerons d'emblée l'emploi des sels insolubles.

Il serait en effet de la dernière imprudence de déposer en plein muscle une dose importante de bismuth ou mercure, sans être sûr que l'élimination en puisse être faite normalement.

Restent les sels solubles.

Evidemment, biodure ou benzoate peuvent être utilisés sans trop d'inconvénients, mais disons tout de suite que toutes nos faveurs vont à la voie intraveineuse et au cyanure de mercure.

Le cyanure de mercure est peut-être le plus actif des sels de mercure.

Il contient, en effet, près de 80 % de mercure, son application se trouve ici particulièrement indiquée du fait que son élimination est extrêmement rapide.

On calcule qu'en 24 heures toute la dose injectée a disparu.

Et cela a un avantage inapprétiable chez les femmes albuminuriques, à reins lésés où toute accumulation, toute rétention médicamenteuse ne tarderait pas à provoquer des accidents redoutables.

Le cyanure de mercure présente encore un autre avantage majeur. Il est diurétique, et l'on voit fréquemment les malades soumises à ce traitement avoir par jour 2 à 3 litres d'urine et même davantage.

Il n'est aucun autre produit qui soit comme le cyanure, rapidement éliminé, antiœdémateux et d'une activité sans égale.

Les inconvénients du cyanure sont cette rapidité d'élimination même qui oblige à pratiquer des injections quotidiennes.

En effet, les injections pratiquées 3 fois par semaine comme on ne les fait que trop souvent ont les graves inconvénients de laisser la malade 24 heures

en dehors de l'influence du traitement ; pendant ces 24 heures, le tréponème peut, si l'on peut dire, reprendre haleine et la victoire est bien plus lente à se dessiner.

Le cyanure de mercure est souvent mal toléré.

Ce n'est là qu'une apparence, un régime où prédomineront riz et pâtes, quelques cuillerées d'élixir parégorique, quelques prises de sous nitrate de bismuth permettront, dans l'immense majorité des cas, de surmonter une intolérance apparente primitive qui disparaîtra au bout de quelques jours pour ne plus se manifester.

Les injections intraveineuses de cyanure de mercure sont douloureuses, choquantes ; pour éviter tout cela, il n'y a d'abord qu'à employer de solution diluée au 3 ou au 4 centièmes ; ensuite, au lieu de pousser l'injection directement, aspirer du sang avec la seringue et continuer lentement avec des alternatives d'aspiration et de refoulement. Ainsi les passages d'un caustique trop concentré n'irritera pas la veine.

Ainsi l'organisme ne risquera pas d'être sidéré par l'introduction brutale d'un toxique. Ainsi conduite la série d'injections de cyanure de mercure sera poussée aussi loin que possible. Loin de limiter à 10, qui est un chiffre complètement insuffisant, nous montons résolument jusqu'à 25 ou 30, certaines malades 40, et même davantage. Mais la grossesse dure 9 mois et pratiquement au moins 6 ou 7 mois, par conséquent lorsque cette série de cya-

nure est terminée, lorsque la lutte contre le tréponème a été conduite avec cette intensité, nous sommes certains d'avoir éteint toute possibilité des réactions violentes ; rien ne s'oppose alors à ce que sans repos intermédiaire, nous ne commencions une nouvelle série de novarsénobenzol.

Cette série terminée si la grossesse n'est pas encore à son terme, rien ne nous empêchera de revenir au cyanure, ce qu'il faut faire c'est une thérapeutique continue, la réaction des Wassermann est un guide sur lequel il ne faut pas compter.

Nous ignorons tout de la virulence du tréponème auquel nous nous attaquons.

Nous ignorons s'il est vaincu ou s'il sommeille. Par conséquent, les périodes de repos intercalaires que l'on est tenté d'accorder aux malades, sont des périodes pendant lesquelles le tréponème livré à lui-même, peut précisément provoquer des accidents. Les diverses thérapeutiques doivent donc se succéder d'une manière subintrante et cela quels que soient les médicaments auxquels on s'adresse, une des condition sinon la condition essentielle du succès.

## Conclusions

A côté de nombreux cas d'albuminurie dite gravidique, il existe manifestement une albuminurie chez la femme enceinte d'origine syphilitique.

On la dépistera par une enquête familiale très serrée et par les réactions sérologiques, par son insistance à la diète hydrique habituelle classique et surtout par les épreuves thérapeutiques.

A ce point de vue nous préconisons hautement le cyanure de mercure éliminé rapidement, diurétique et sans réaction dangereuse à distance.

Injecté dans les veines à la dose de 1 cent. chaque jour sauf le dimanche, le nombre de piqûres doit être au minimum de 25 et peut être poussé, si possible, jusqu'à 30 ou 40 sans inconvénient.

Il sera loisible ensuite de pratiquer cette fois sans danger une cure importante de novarsénobenzol.

En tous cas, pas de sels insolubles, mercure ou bismuth, susceptibles d'accumulations dangereuses.

*Vu, le Doyen,* *Vu, le Président,*

ROGER. COUVELAIRE.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CHARLETY.

# Bibliographie

## SYPHILIS EN OBSTÉTRIQUE


Adams. — Les résultats du traitement antisyphilitique chez les femmes en état de gestation et les nouveau-nés. Proceed of the royal Soc. of. med. Sect. of. Obst. and Gyn., janvier 1921.

Adams. — Syphilis anténatale et post-natale. Brit. med. Journ., 1er mai 1920.

Baumm. — Influence de la syphilis dans les accouchements prématurés. Zentralblat. f. Gyn., n° 42, octobre 1923, p. 1624.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — Dans la pratique de l'art des accouchements.

Beck. — Traitement de la syphilis compliquant la gestation. New-York State journ., of. med., 1er février 1926, p. 102.

Beckers. — Traitement de la syphilis chez la femme enceinte. Bruxelles Médical, n° 30, 23 mai 1926.

Benoit. — Considération sur les arsénothérapies de la syphilis au cours de la grossesse. Thèse de Paris, mai 1923, n° 174.

Bertin. — Syphilis latente et grossesse. Presse Médicale, 1926, p. 378.

— Vitalité des spermatozoïdes chez les syphilitiques. Soc. de Biol. de Lille, séance du 8 février 1926.

Bertran, Arbat. — La syphilis chez la femme enceinte. Rev. med. de Barcelona, vol. IV, novembre 1926, p. 428.

Briéry. — Le néo-arseno-benzol au cours de la grossesse chez les syphilitiques. Thèse de Lyon, 1919, 1920.

Brindeau. — La syphilis placentairl. Leçon clinique.. Tarnier. (Vigot Frères, édit.).

— Observations sur une série de 200 mort-nés. Edinburg Med. Journal, septembre 1924, p. 158.

Brunner. — Réaction de Wassermann en clinique obstétricale. Monat. fur. Beb. und. Gynec., t. LVII, nos 1 et 2.

Carle. — Faut-il traiter la femme enceinte d'un syphilitique ? Annales de derm. et syph., 1921, n° 1.

Castex, Bonzat. — Syphilis maternelle. La Prensa med., Argent., 10 décembre 1922.

Cavaroni. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. Sud. médical et chir., 15 décembre 1925.

Chesnais. — Traitement de la syphilis des femmes enceintes par le novarsénobenzol. Thèse de Paris, 1920.

Cornil, Stilliams. — Valeur de la réaction de Wassermann au cours de la gestation. Journ. of. the Americ. Med. Assoc. Chicago, 22 février 1919, p. 551.

Couvelaire. — La syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction. Conférence de la clinique Baudelocque, mai-juin 1922.

Dayros. — La prévention de la syphilis congénitale. Arch. de méd. des enfants, 1925, p. 631, 637.

Delattre. — Rétention prolongée d'un œuf mort. Journal des sciences médicales de Lille, 17 octobre, 1920, p. 259.

Delmas. — Wassermann conjugal et grossesse. Réun. obstétri. et gynécol. de Montpellier; du 9 juin 1920, et Soc. des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen du 2 juillet 1920.

Démelin. — A propos de la grossesse chez les syphilitiques. Rev. med. Franç., oct. 1920.

Démelin, Devraigne. — Manuel de l'accoucheur.

Derennes. — Considérations sur le traitement de la syphilis au cours de la grossesse par les injections sous-cutanées de sulfarsénol. Thèse de Lyon, 1925-26, 8°, n° 66.

Dexeus-Font. — Les relations de la syphilis et de l'obstétrique. Revista med. de Barcelona, mars 1925.

Dreyer. — Incertitude du diagnostic sérologique de la syphilis chez la femme enceinte et accouchée. Zeit. fur Geb. u. gyn., t. LXXXIV, n° 2.

Dujol, Laurent. — La collaboration de l'accoucheur dans la lutte contre la mortinatalité d'origine syphilitique. Journ. de méd. de Lyon, mars 1924.

Esch. — Séro-diagnostic de la syphilis chez le nouveau-né de mère syphilitique ou bien portante. Zentr. f. gyn., n° 18, mai 1923.

Faugère. — Communication. Femme faisant des crises d'éclampsie et syphilitique. Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux, déc. 1925.

Favreau, Cazenave. — Syphilis contractée au septième mois de la grossesse. Pédiatrie, novembre 1927, page 203.

Fiessinger. — Néphrite syphilitique. Journal des Praticiens.

Forgan. — Traitement de la syphilis dans la grossesse. Brit. med. Journ., 1925, 829.

Fruhinsholz. — Société d'obstétrique et gynécologie de Nancy. Séance du 20 février 1924.

Galliot. — Syphilis et gestation. Nouv. journ. de Méd., n° 8, octobre 1925.

Gallot. — Traitement de la syphilis dans les maternités. Thèse de Paris, 1925.

Gammeltoft. — Traitement de la syphilis au cours de la gestation. Ugeskrift for Lacges, Copenhague, avril 1923.

Garipuy et Bonhoure (Toulouse). — Communications sur l'albuminurie chez la femme enceinte et syphilitique.

Gellhorn. — L'influence de la syphilis chez la femme gravide. Surg. gyn. and. Obst., juin 1921.

Hinston. — La réaction de Wassermann au cours de la gestation. Amer. Journ. of. Syphil., janvier 1923, n° 1.

Hornung. — Relation entre la syphilis et la gestation. Zeit. f. Gynk., n° 43, 23 octobre 1920.

Jeanselme, Lefèvre. — Fausses couches, mortinatalité, polyéthalité infantile ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis. Progès Médical, n° 51, 12 décembre 1925.

Kehrer. — Naissance prématurée et syphilis congénitale. Zentr. f. gyn., n° 6, 10 février 1923.

Lévy-Solal. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. Gynec. et obst., t. IV, n° 2, juillet 1921.

Loeser. — Syphilis et gestation. Zeit. fur gynk., 1920, n° 44.

Martelli. — La syphilis de seconde et troisième génération. Pédiatria, Naples, n° 6, 1925.

Mendelssohn. — Syphilis et grossesse. Unifia, 1925, p. 133.

Milian. — Syperinfection syphilitique, avortements répétés, syphilis récente, grossesse, traitement antisyphilitique, enfant vivant. Rev. fr. de dermat. et de vénéréol., sept., octobre 1926, p. 498.

Morice. — Les traitements antisyphilitiques au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1920.

Pinard M., Vernier P. — Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 4 mars 1927.

Pautrier. — Syphilis et grossesse. Le Monde Médical, 1923.

Pinard. — Dépistage de la syphilis au début de la estation. Paris Médical, n° 9, mars 1923.

Pinard, Lévy-Solal. — Naissance d'enfants sains au cours d'une syphilis récente après traitement du père avant la conception et de la mère pendant la gestation. Soc. Méd. des hôp. de Paris, séance du 23 avril 1920.

Poirier. — Wassermann et grossesse. Bruxelles Médical, 1er février 1925.

Preuss. — Syphilis et femme enceinte. Térap. Halvmonat., Berlin, mai 1921.

Prost. — Syphilis et gestation. Californie et Western, Méd. Journ., janvier 1926, p. 63ff

Rivière (M.). — Note préliminaire, sur certaines intoxications gravidiques, coexistant avec une syphilis acquise ou héréditaire.

Sauphar. — Le cyanure de mercure cheq la femme enceinte. La Médecine, avril 1924, p. 514.

Spallanza (U.). — Albuminurie et syphilis (Observations).

Speranza. — Syphilis et éclampsie. La Clenica Obstetrica, août 1924, n° 8.

Taylor-Forest. — La syphilis cause d'avortement. Journ. of. Obst. a. Gyn. of Brit. Emp., n° 3, automne 1925.

Vinay-Fochier, Fabre et Exher. — Albuminurie gravidique à répétition.

Vernier (Pierre). — La part de la syphilis dans certaines albuminuries de la gestation. Thèse de Paris 1927.

Vignes. — Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques. Paris Médical, n° 9, 1er mars 1924.

Vignes. — Traitement de la syphilis au cours de la gestation. Journ. des Praticiens, 12 juillet 1924.

Vignes. — Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques. Paris Médical, 1er mars 1924.

Vignes, Galliot. — Traitement de la syphilis à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. Soc. d'obst. et Gyn. de Paris. Séance du 13 novembre 1922.

Williams. — Influence du traitement des femmes syphilitiques en état de gestation sur la syphilis congénitale. Johns Hopkins Hosp. Bull. Baltimore, t. XXXIII, n° 381, novembre 1922.

Williams. — La valeur de la réaction de Wassermann dans l'obstétrique basée sur l'étude de 4.547 observations consécutives. Amer. Gyn. Soc. Chicago, 24, 25, 26 mai 1920.

Williams. — Syphilis et cause de la mort du fœtus. New-York Stat. journ. of med., t. XX, n° 8, août 1920.

Young. — Syphilis et gestation. Surg. Gyn. And., vol. XXX, n° 4, mai 1920.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette